

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

127

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Alexandre, Aimé ASSOUN**

Né le 22 Avril 1931, à GUELMA (Algérie)

---

*présentée et soutenue publiquement le*

---

LES MAIGREURS

ESSAI ETIOLOGIQUE

---

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

---

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne  
PARIS - VI\*

1959



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Alexandre, Aimé ASSOUN

né le 22 avril 1931 à Guelma (Algérie)

--

Présentée et soutenue publiquement  
le

--



LES MAIGREURS - ESSAI ETIOLOGIQUE

--:--:--

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

--

D.P. TAIB  
8, rue Casimir Delavigne  
PARIS  
1959.



## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,  
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,  
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,  
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,  
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,  
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,  
 TANON, VELTER.

DOYEN ..... Léon BINET  
 Membre de l'Institut  
 ASSESSEUR ..... Jean VERNE

### I.- PROFESSEURS

|                                                         | MM.                      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| Anatomie .....                                          | CORDIER                  |
| Anatomie pathologique .....                             | DELARUE                  |
| Bactériologie .....                                     | FASQUELLE                |
| Biologie app. à l'Education phys. }<br>et aux Sports }  | CHAILLET-BERT            |
| Biologie Médicale .....                                 | FAUVERT                  |
| Cancérologie méd., sociale .....                        | BERNARD J.               |
| Carcinologie .....                                      | REDON                    |
| Chimie Méd. ....                                        | JAYLE                    |
| Clinique Chir. ....                                     | (Hôtel-Dieu) MENEGAUX    |
|                                                         | (Salpêtrière) MOULONGUET |
|                                                         | (Cochin) QUENU           |
|                                                         | (Beaujon) SICARD         |
| Clinique Chir. cardio-vasculaire .....                  | G. d'ALLAINES            |
| Clinique Chir. réparatrice et }<br>orthop. }            | MERLE d'AUBIGNE          |
| Clinique de Cardiologie .....                           | MOUQUIN                  |
| Clinique Chir. infantile et }<br>d'orthop. }            | FEVRE                    |
| Clinique Chir. pleuro-pulm. ....                        | MATHEY                   |
| Clinique de la Tuberculose .....                        | BERNARD Et.              |
| Clinique de neuro-chir. ....                            | PETIT-DUTAILLIS          |
| Clinique de Puériculture .....                          | LELONG                   |
| Clinique des maladies cutanées }<br>et syphilitiques }  | DEGOS                    |
| Clinique des mal. du sang .....                         | MARCHAL                  |
| Clinique mal. du système nerv. ....                     | ALAJOUANINE              |
| Clinique des maladies des enf. ....                     | CATHALA                  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                | MOLLARET                 |
| Clinique des Maladies mentales et }<br>de l'encéphale } | DELAY                    |

MM.

|                                                               |                    |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| Clinique du diabète sucré et<br>des maladies de la nutrition. | } BOULIN           |
| Clinique gynécologique                                        | FUNCK-BRENTANO     |
|                                                               | BARIETY            |
| Cliniques Médicales                                           | JUSTIN-BESANÇON    |
|                                                               | MOREAU             |
|                                                               | de GENNES          |
| Clinique Méd.hydro-climat.thérap.                             | DEBRAY             |
| Clinique Médicale Propédeutique                               | ( PASTEUR-VALLERY- |
|                                                               | RADOT              |
|                                                               | ( LANTUEJOUL       |
| Cliniques Obstétricales                                       | ( VARANGOT         |
|                                                               | ( LACOMME          |
| Clinique ophtalmologique                                      | RENARD             |
| Clinique oto-rhino-laryngologique                             | AUBIN              |
| Clinique psychiatrique infantile                              | MICHAUX            |
| Clinique rhumatologique                                       | COSTE              |
| Clinique stomatologique                                       | DECHAUME           |
| Clinique urologique                                           | FEY                |
| Embryologie                                                   | GIROUD             |
| Génétique                                                     | LAMY               |
| Histoire de la Méd. et de la Chir.                            | SOULIE             |
| Histologie                                                    | VERNE              |
| Hygiène et Clinique Ière Enfance                              | TURPIN             |
| Hygiène et Méd.Préventive                                     | JOANNON            |
| Médecine du Travail                                           | DESOILLE           |
| Médecine Légale                                               | PIEDELIEVRE        |
| Parasitologie et hist.nat.Méd.                                | GALLIARD           |
| Pathologie chirurgicale                                       | COUVELAIRE         |
| Pathologie exotique                                           | LAVIER             |
| Path.expérimentale et comparée                                | LENEGRE            |
| Path.Hum. et Immun. exp.                                      | MERKLEN            |
| Pathologie médicale                                           | DECOURT            |
| Path. et Thérapeut.générales                                  | GARCIN             |
| Pédiatrie sociale                                             | JULIEN MARIE       |
| Pharmacologie et matière méd.                                 | CHEYMOL            |
| Physico-chimie méd.                                           | N..                |
| Physiologie                                                   | BINET              |
| Physique médicale                                             | DOGNON             |
| Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)                           | HAMBURGER          |
| Radiologie Médicale                                           | DESGREZ            |
| Technique chirurgicale                                        | PATEL              |
| Thérapeutique                                                 | BROUET             |
| Thérapeutique chirurgicale                                    | SENEQUE            |
| Thérapeutique médicale                                        | LEMAIRE            |

# II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES--AGREGES ET AGREGES

| MM.                         |                 | MM.              |                  |
|-----------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Anatomie                    | { CABROL        | Pat.chir.        | { DUBOST         |
|                             | { DEBEYRE       |                  | { FAUREL         |
|                             | { DELMAS        |                  | { FLABEAU        |
| Ana.Path.                   | { OLIVIER G.    |                  | { GERMAIN        |
|                             | { Melle GAU-    |                  | { GOSSET         |
|                             | { THIER V.      |                  | { LAURENCE       |
|                             | { BUSSER        |                  | { LORTAT-JACOB   |
| Bactériologie               | { GOUYGOU       | Pat.expéri-ment. | { OLIVIER (Cl.)  |
|                             | { CHRISTOL      |                  | { POILLEUX       |
| Biol.Méd.                   | { NEVOT         |                  | { THOMERET       |
|                             | { BOURLIERE     |                  | { VERNE (J.M.)   |
| Chimie Méd.                 | { ETTORI        |                  | { MAURICE        |
|                             | { POLONOVSKI J. |                  | { LOEPER         |
| Dermato-syph.               | { DUPERRAT      | Path.Méd.        | { BOUVIER        |
| Embryologie                 | { TUCHMANN      |                  | { BOUDIN         |
| Histologie                  | { COUJARD       |                  | { BRICAIRE       |
|                             | { N.            |                  | { BRISSAUD       |
| Hydrologie                  | { CORNET        |                  | { CASTAIGNE      |
|                             | { BOYER         |                  | { CONTE          |
| Hygiène                     | { DEPARIS       |                  | { DEROT          |
|                             | { BASTIN        |                  | { DOMART         |
| Mal.infect.                 | { DEROBERT      |                  | { LAMOTTE        |
|                             | { GAULTIER      |                  | { LAROCHE        |
| Médecine légale et du Trav. | { HADENGUE      |                  | { MACREZ         |
|                             | { DAVID         |                  | { MILLIEZ        |
| Neurochir.                  | { LHERMITTE     |                  | { PEQUIGNOT      |
|                             | { GRASSET       |                  | { PERRAULT       |
| Neurologie                  | { LE LORIER     |                  | { RAMBERT        |
|                             | { LEPAGE        |                  | { ROYER          |
| Obstétrique                 | { MERGER        |                  | { THIEFFRY       |
|                             | { MORIN         |                  | { TURIAF         |
|                             | { RAVINA        |                  | { WOLFROMM       |
|                             | { ROBEY         |                  | { POLONOVSKI Cl. |
| Ophtalmologie               | { BREGEAT       | Pédiatrie        | { MOZZICONACCI   |
|                             | { DESVIGNES     |                  | { JOSEPH         |
| Orthopédie                  | { JUDET         | Pharmacol.       | { Melle LEVY     |
| Oto-rhino-laryngol.         | { AUBRY         |                  | { BARGETON       |
|                             | { MADURO        | Physiol.         | { DEJOURS        |
| Parasito.                   | { BRUMPT        |                  | { PARROT         |
|                             | { CHABAUD       | Physique         | { DJOURNO        |
| Parasito col.               | { ABOULKER      |                  | { GOUGEROT       |
|                             | { BARCAT        | Pneumo-phtis.    | { KREIS          |
| Path.chir.                  | { BAUMANN       |                  | { BARUK          |
|                             | { CAUCHOIX      | Psychiatrie      | { PICHOT         |

MM.  
 Psych.infant.N...  
 Rhumatologie DELBARRE  
 Stomato. { CHAPUT Mme  
               { CERNEA

MM.  
 Urologie.....KUSS  
 Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES  
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE  
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET  
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
 A TITRE PERMANENT

MM.  
 { AMELINE  
 { HUGUIER  
 Clin.Chir. { LEPER  
               { PADOVANI  
               { ROUX  
 Clinique) { ECALLE  
 obstét. ) { MAYER  
 Clin.opht. OFFRET

MM.  
 Urologie.....N...  
 { DREYFUS  
 Clinique M. { HAGUENAU  
               { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL  
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN  
 Conservateur..... Melle GOICHON  
                                   { Melles DUMATTRE  
 Bibliothécaires..... { LE NOIR  
                                   { LAURENT  
                                   { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,  
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les  
 dissertations qui lui seront présentées, doivent  
 être considérées comme propres à leurs auteurs et  
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation  
 ni improbation.

A mes chers Parents

En témoignage de toute ma  
reconnaissance et de mon  
affection.

A ma Fiancée

Avec toute ma tendresse.

A mes Frères et à mes Soeurs

Avec mes sentiments très  
affectueux.

A mon Beau-Frère et Ami

En souvenir de nombreuses  
années de collaboration.

A ma Famille

A tous mes Amis.



A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. de GENNES

Professeur de Clinique Médicale à la  
Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Broussais,  
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand  
honneur d'accepter la  
présidence de cette  
thèse.

En hommage de respectueuse  
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine  
d'Alger

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine et  
des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

A mon Jury de Thèse

LES MAIGREURS - ESSAI ETIOLOGIQUE

---



## INTRODUCTION

-:-

La notion de maigreur est assez difficile à préciser, et surtout, elle n'a de signification que lorsqu'elle est fondée sur les constatations faites pour chaque cas particulier. Car s'il existe bien des poids théoriques calculés d'après les dimensions staturales, exprimés, entre autres, par la formule de LORENTZ, en fait chaque individu présente des besoins caloriques variables ; et si certaines maigreurs apparaissent nettement secondaires à une cause évidente, une tuberculose, une ptose gastrique, un diabète, d'autres apparaissent vraiment primitives, essentielles, ce que l'on a appelé les maigreurs constitutionnelles, c'est-à-dire celles pour lesquelles on ne trouve aucune cause pathologique nette. Tout le tableau clinique se résume dans la maigreur. Et dans ce cas, très souvent l'on parle, faute de mieux, de maigreurs constitutionnelles.

C'est peut-être là une grave erreur, trop souvent commise, et qui risque de perpétuer un état non pas physiologique, mais vraiment pathologique.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant, au seuil de notre carrière médicale, de reprendre les grandes théories émises sur la question de la maigreur, et surtout d'envi-

sager les diverses étiologies, pathologiques celles-là, que l'on peut trouver à l'origine des maigreurs.

En réalité, la distinction schématique des maigreurs selon leur étiologie a quelque chose d'artificiel qui ne correspond guère à la réalité des faits. En physiologie normale, et plus encore peut-être en physiologie pathologique, les diverses fonctions s'intriquent, retentissent réciproquement les unes sur les autres ; et lorsque nous parlerons de maigreurs "nerveuses", nous serons amené à considérer leur retentissement endocrinien ; dans les maigreurs dites digestives, on trouve aussi bien des troubles fonctionnels que biochimiques, des anorexies, qui se situent également souvent soit dans le domaine psychosomatique, voire neuropsychique, que dans le domaine endocrinien. Tout se passe comme si, pour réaliser la maigreur, des étiologies fort diverses entraient en jeu, la classification ne pouvant alors guère se faire que sur l'élément dominant, mais non unique, du tableau clinique de maigreur.

La question est intéressante, du double point de vue dogmatique, physiopathologique, et pratique, thérapeutique. Car s'il est souvent difficile de lutter contre l'obésité, il est encore plus difficile de juguler la maigreur, alors même que sa cause première a été décelée. C'est pourquoi ici nous nous proposons d'envisager successivement les diverses formes étiologiques de maigreurs, à la suite de quoi nous indiquerons quels sont les moyens thérapeutiques actuels dont nous disposons pour tenter de la vaincre.

Avant d'énumérer les étiologies trouvées à l'origine des maigreurs, nous verrons comment se présente la physiopathologie de ces états. Nous rappellerons comment la faim, la capacité digestive, sont sous la dépendance d'une régulation nerveuse, mais aussi sous la dépendance d'une régulation hormonale.

Nous verrons ensuite les principales causes de maigreur :

- maigreurs dites constitutionnelles,
- maigreurs dites nerveuses et neuropituitaires,
- maigreurs dites endocriniennes,
- maigreurs dites digestives,
- maigreurs dites médicales enfin.

Une place sera faite aux maigreurs de famine, dont notre époque a vu une réalisation quasi-expérimentale dans les "camps de la mort lente" nazis.

Une forme de maigreur sera laissée de côté, car elle nous semble totalement différente des états pathologiques dont nous entreprenons l'étude : nous voulons parler des lipodystrophies, qui sont généralement localisées, et qui coexistent souvent avec des surcharges adipeuses de certaines régions du corps. Dans les formes primitives, on trouve la lipodystrophie progressive, maladie de BARRAQUER-SIMMONDS.

Ce sont, écrivaient récemment BATTESTI et CARCASSONNE, des panlipodystrophies débordant le cadre des maigreurs. Ce sont souvent des cas familiaux, fixes, ou d'évolution

progressive, que la thérapeutique est impuissante à surmonter. Ces lipodystrophies relèvent d'un facteur nerveux certain, et ce n'est que sur lui que nous pouvons agir.

La question des maigreurs a été très largement étudiée en France ces dernières années, et cela par des auteurs venus de disciplines fort diverses.

Dès 1945, CORNIL, SCHACHTER et VAGUE publiaient un travail résumant la somme de nos connaissances sur la question des maigreurs. Deux ans plus tard, GILBERT DREYFUS et H. MAMOU apportaient une observation de cachexie cérébro-hypophysaire fonctionnelle, sans aucune lésion histopathologique décelable à la vérification.

En 1952, ALBEAUX-FERNET et ses collaborateurs montraient les résultats obtenus dans quelques cas de maigreur avec le propionate de méthyl-androsténédiol. A partir de 1954, J. VAGUE consacre une série de travaux aux maigreurs : cet auteur étudie les facteurs étiologiques des maigreurs gastropri-  
ves, et l'année suivante, 1955, étend ses recherches à l'état de la muqueuse gastrique dans la tuberculose pulmonaire. Il devait en 1956 traiter des maigreurs neuro-  
pituitaires, dont il précisait avec A. BERNARD en 1957 les aspects digestifs. Il a décrit un cas familial de maigreur nerveuse, observé chez un frère et une soeur, a consacré à cette étiologie particulière de la maigreur un travail étendu (1958) ; enfin, en matière de conclusions du Colloque que VAGUE a suscité sur la physiopathologie des maigreurs, cet auteur a envisagé avec ses collaborateurs le traitement de ces états.

DURLACH en 1956 avait proposé la résérpine dans le traitement des maigreurs. Enfin, en mai 1958, s'est tenu à Marseille un Colloque qui fit le point de tous les aspects de la maigreur, en donnant la parole aux auteurs les plus notoires :

MARANON parla de l'aspect psychologique des maigreurs,

PAVEL, des maigreurs d'origine médicale,

RECORDIER, des maigreurs digestives,

TRONCHETTI des maigreurs constitutionnelles,

GIRAUD et LEVY, des maigreurs endocriniennes,

GUINET, des maigreurs du post-partum,

CODACCIONI, des maigreurs nerveuses,

J. DECOURT, du retentissement endocrinien des maigreurs névropathiques (ce qui nous permet de rappeler les travaux étendus de cet auteur sur l'anorexie dite mentale),

GILBERT-DREYFUS, des maigreurs de famine,

et P. GIRAUD, des maigreurs infantiles.

Par ailleurs, JUSTIN-BESANÇON et ses collaborateurs ont exposé la notion de fractionnement du poids corporel dans les maigreurs dont L. de GENNES, H. BRICAIRE et J.L. de GENNES ont étudié la régulation hormonale, SOULAIRAC la régulation nerveuse,

DEMÔLE, enfin, le traitement diététique des maigreurs.

## PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MAIGREUR

-:-

On est tenté, très schématiquement, d'attribuer la maigreur :

- soit à un apport alimentaire insuffisant pour les besoins, pour la dépense,
- soit à la mauvaise utilisation d'une ration alimentaire suffisante. Dans ce dernier cas, toutes les étiologies physiopathologiques et médicales, voire même chirurgicales, peuvent prendre place.

En réalité, il n'en est pas tout à fait ainsi, car dans l'insuffisance de la ration, se situent tous les cas dans lesquels le malade dispose de quantités suffisantes et équilibrées d'aliments, mais ne les consomme pas par anorexie : et ici bien des causes premières peuvent être en jeu.

Il nous faut donc envisager le mécanisme de la faim d'une part (qui conditionne un apport alimentaire suffisant), le mécanisme de la capacité digestive d'autre part (qui conditionne l'heureuse utilisation d'une ration satisfaisante).

Faim et capacité digestive semblent soumises à une régulation nerveuse et à une régulation hormonale.

La régulation quantitative des ingestions caloriques s'effectue grâce à diverses structures nerveuses responsables. Il s'agit, en effet, des centres hypothalamiques et des structures supérieures. Le rhinencéphale intervient dans le déterminisme des activités orales ; ce sont donc des structures intégratives (SOULAIRAC). Le comportement alimentaire est par ailleurs réglé par les aires 10 et 6 du cortex cérébral.

Quant aux mécanismes informateurs des centres, ils sont encore discutés : selon J.MAYER, c'est le Delta-glucose qui intervient, hypothèse que SOULAIRAC considère comme non entièrement prouvée, cet auteur étant tenté de faire intervenir essentiellement le tube digestif, et plus particulièrement le duodénum, qui par l'intermédiaire de chemo-récepteurs, pourrait fournir des informations à l'hypothalamus. On sait que l'insuline crée ou augmente l'appétit ; mais son action peut être supprimée par certains produits, par exemple l'atropine, sans que la glycémie soit le moins du monde modifiée.

On peut d'ailleurs agir directement sur les centres hypothalamiques intéressés dans le mécanisme de la faim et de l'appétit, par exemple à l'aide des barbituriques, des amphetamines et de la chlorpromazine.

Il semble bien qu'au niveau des voies digestives, il naît des médiateurs chimiques qui, par voie nerveuse et par voie humorale, renseignent les centres de l'état de la périphérie. Pour SOULAIRAC, "il faut intégrer la régulation nerveuse de la faim dans le cadre général de vigilance spécialisée". Les systèmes de vigilance non spécifiques

étant adrénergiques, les systèmes de vigilance spécialisés, pour la faim, pour le comportement sexuel, étant cholinergiques. Si vraiment le duodénum joue un rôle important d'informateur, on a pu se demander comment se comportait le sujet chez qui avait eu lieu l'exclusion de cet étage digestif. SOULAIRAC a réalisé cette expérience sur l'animal chez qui l'exclusion du duodénum entraîne des modifications du rythme alimentaire et du volume ingéré. Cependant il est probable que des récepteurs existent sur l'arbre digestif en dehors également du duodénum. L'insuline augmente l'appétit de l'animal gastrectomisé (J. WEILL). L'insuline agit par voie nerveuse, cholinergique, vagale.

L'insuline agit davantage par ses propriétés pharmacodynamiques que par l'hypoglycémie qu'elle entraîne. Cependant, on sait combien les variations glycémiques retentissent sur la sensation de la faim. La modification glycémique paraît bien agir par elle-même, en intervenant sur la régulation homéostatique, la correction se faisant sans que le système nerveux central ait été averti. Mais si l'homéostase est débordée, alors intervient le système nerveux. L'hypoglycémie peut parfois modifier la production d'acétylcholine au niveau du tube digestif, mais non pas la mise en marche directe de l'hypothalamus (THIEBLOT).

Mais outre les centres végétatifs, on a fait intervenir des facteurs psychologiques qui, selon MARANON, sont au premier plan quelle que soit la cause de la maigreur : facteur circonstanciel social actuel, traits névrotiques ou schizoïdes retrouvés

dans la personnalité des sujets maigres. Pour MARANON en effet il y a une psychologie de la maigreur, comme il y en a eu une de l'obésité, autrefois considérée comme signe de prospérité. On sait aujourd'hui que les sujets sinon maigres, du moins "minces" vivent plus longtemps, conservent mieux leur activité sexuelle. La tendance actuelle est dans tous les domaines de souligner les avantages de la maigreur, ce qui crée "la psychologie des maigres" et la satisfaction de ceux qui ont perdu du poids. La maigreur était rarissime à l'époque où l'obésité était considérée comme signe d'opulence et de prestige. Actuellement, il est difficile d'établir des rapports nets entre l'anorexie mentale, les cachexies hypothalamo-hypophysaires, et les psychopathies avec négativisme. Pour J. DECOURT, les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale, de maigreur, ont une constitution physique particulière, et sont atteintes pour lui d'hypotéléiose. Les cas d'anorexie mentale relèvent soit d'un conflit familial, soit de préoccupations esthétiques ayant décidé de l'amai-grissement. J. WEILL voit souvent chez les sujets maigres des facteurs psychiques importants et surtout un élément schizoïde.

°°°

La régulation hormonale de la faim et de l'appétit a été très étudiée sur le plan expérimental. Mais selon l'expression de de GENNES, il y a loin de l'expérimentation à la pathologie. Dans le domaine de l'endocrinologie, les recherches expérimentales et cliniques montrent que la première place doit être donnée, à l'origine de la faim et

de l'appétit, à la thyroïde, aux cortico-surrénales, au pancréas.

- La thyroïde : la sécrétion thyroïdienne semble exercer une action de stimulation sur les métabolismes intermédiaires. Sous son action, la motricité digestive et l'absorption de glucose sont augmentées.

- La corticosurrénale : les deux groupes d'hormones sécrétées par la glande interviennent dans la régulation de la faim. Car on sait maintenant que l'insuffisance en minéralo-corticoïdes entraîne l'anorexie par une action certainement périphérique. Au contraire, l'excès de glucocorticoïdes provoque la polyphagie.

Mais si l'intervention de ces hormones paraît évidente, le lieu d'application de leur action est mal connu : central ou plus vraisemblablement périphérique, par modification du ravitaillement cellulaire, en particulier en glucose (de GENNES).

En stimulant directement la sécrétion de la muqueuse gastrique, les hormones cortico-surrénales favorisent l'absorption des lipides et des glucides.

- Le pancréas : il intervient par le moyen de l'insuline qui favorise la sensation de faim, alors que l'hormone hyperglycémiante supprime cette sensation.

- L'anté-hypophyse enfin, agit par ses hormones anté-hypophysaires, et plus particulièrement par l'hormone somatotrope.

Quant aux stimulines, il faut faire une place à part peut-être aux hormones gonado-

tropes, qui possèdent la propriété de modifier la motilité et les sécrétions digestives. Cependant, pour de GENNES et ses collaborateurs, il n'existe sûrement pas de régulation hormonale de la faim et de la capacité digestive, au sens spécifique du terme. C'est-à-dire que l'on n'a jamais isolé une hormone spécifique de ces fonctions. C'est donc un mécanisme humoral qu'il faut admettre, mécanisme humoral sur lequel s'articule le système endocrinien, les hormones n'agissant qu'en tant que relais métaboliques.

C'est également l'opinion de GILBERT-DREYFUS pour qui il n'y a ni régulation directe, ni même intervention d'hormones dans la maigreur (ou dans l'obésité). Les variations de la glycémie ne sont certainement pas indépendantes de la sensation de faim, qui apparaît lorsque les cellules des tissus se vident de leur glucose.

Quant à la cortisone, il est possible qu'elle agisse directement sur le pancréas, et aussi sur les centres nerveux de la faim.

Cependant une notion doit être retenue : celle du comportement des cellules nerveuses vis-à-vis de l'insuline. Seul de tous les tissus organiques, le tissu nerveux est sensible à l'insuline - et au glucose. En admettant la théorie du Delta-glucose de MAYER, il faudrait alors admettre que les centres hypothalamiques sont seuls parmi les tissus nerveux à échapper à l'action de l'insuline et du glucose.

A propos des maigreurs nerveuses, nous aurons à revenir sur la question ; mais

indiquons ici que selon J. VAGUE, il existe une fragilité le plus souvent héréditaire des noyaux hypothalamiques régulateurs de la faim et de la capacité digestive ; fragilité aussi des noyaux qui président aux synergies hypophyso-génitales, comme sont fragiles les diverses structures nerveuses responsables de la régulation du caractère et du comportement.

° ° °

Comment se présente un sujet maigre, ou amaigri ? Quelle est la répartition des différents tissus ? L. JUSTIN-BESANÇON et ses collaborateurs ont étudié le fractionnement du poids corporel dans les maigreurs.

Il est surtout intéressant de connaître le comportement de l'eau - comme on l'a étudié dans les obésités (GILBERT-DREYFUS). JUSTIN BESANÇON mesure l'eau totale du corps par antipyrine, l'eau tissulaire par le sulfo-cyanate de sodium, et enfin le compartiment vasculaire.

Dans les conditions normales, le volume plasmatique est égal à 5 % et le volume globulaire à 3,5 %.

Chez les sujets amaigris, le volume plasmatique est diminué, mais dans des proportions moindres que le volume globulaire. Le compartiment extra-cellulaire est normalement 15 % du poids du corps. Chez le sujet maigre, ou amaigri, il est de 19,9 % du poids du corps, car son pourcentage de liquides reste celui qu'il serait pour le poids théorique du sujet. Donc le "capital extra-cellulaire de départ" est conservé.

S'il y a grave dénutrition, celle-ci reste encore bien tolérée jusqu'au moment où les protéines de constitution commencent à être entamées. Il se produit alors une hypoprotidémie qui elle-même entraîne la constitution des oedèmes. Des dissociations s'établissent entre la concentration des protides et la pression osmotique, et les protides sont qualitativement anormaux.

Si la dénutrition se poursuit encore, c'est l'inondation, l'issue des liquides vers les séreuses.

Il existe d'ailleurs, sous l'effet de la dénutrition, diverses manières de maigrir :

On peut, sous l'effet du jeûne global, avec perte sur tous les facteurs, perdre des lipides, de l'eau, la masse solide elle-même ; il existe d'ailleurs des modes d'amaigrissement mixtes.

A la phase de réparation, il y a parfois inflation aqueuse, ou au contraire des réparations électives, ne portant que sur le facteur déficitaire. Le volume plasmatique augmente, et l'on constate une hiérarchie au cours de la réparation des protides. Mais ces compartiments ne sont pas des réservoirs immuables (JUSTIN BESANÇON) et il y a des échanges constants. On arrive ainsi à la notion "d'espace métabolique", où peut se développer une espèce chimique définie. Amaigris et maigres de longue date semblent se comporter de même façon; du point de vue biologique il ne semble pas exister de différences entre les maigreurs idiopathiques et les maigreurs secondaires à une cause connue.

Ajoutons enfin une méthode permettant de mesurer la masse de graisse corporelle par la technique dite du pli cutané.

LE BIDEAU et ses collaborateurs ont vérifié la valeur de la méthode du pli cutané chez 200 sujets. Le pli est mesuré par le pied à coulisse de KEYS, à pression constante. Les mesures sont effectuées au niveau de l'appendice xiphoïde, du mamelon, de la face postérieure du bras chez l'homme. Le "mur de la maigreur" correspond à un pli cutané de 0,25 cm, les chiffres extrêmes constatés chez des sujets très dénutris ayant été de 0,225 cm. On notera que des chiffres analogues ont été obtenus chez des sportifs vigoureux en bonne santé.

La technique du pli cutané est très utile pour suivre une perte de poids portant sur les tissus graisseux.

- III -

MAIGREURS CONSTITUTIONNELLES

-:-

Il s'agit de maigreurs apparaissant comme primitives, sans aucune cause décelable ; le tableau clinique se résume à cette insuffisance pondérale depuis des années. On a pensé que de telles maigreurs pouvaient être physiologiques ; mais cependant certaines d'entre elles approchent de la pathologie. Et cependant tous les examens, toutes les épreuves donnent des réponses normales. Les formes familiales, fréquentes, peuvent davantage être considérées comme physiologiques.

TRONCHETTI a décrit parmi les maigreurs constitutionnelles, une variété dite hyposthénique, avec dépression, mélancolie, signes fonctionnels divers, et une variété sthénique. L'étude du métabolisme reste normale dans les deux cas, bien qu'on soit tenté de parler d'hypercatabolisme chez les sthéniques, d'hypocatabolisme chez les hyposthéniques. Dans les deux cas, le tableau hormonal est strictement normal.

Pour TRONCHETTI, il s'agirait soit d'une modification centrale, soit encore d'une sensibilité des effecteurs périphériques. D'un état encore normal, le passage vers un état nettement pathologique est possible soit par aggravation du déséquilibre neuro-

végétatif, soit par action d'un processus morbide surajouté.

Les maigreurs sthéniques auraient une parenté avec les états hyperthyroïdiens, les maigreurs hyposthéniques, avec l'anorexie nerveuse. Quant à la maigreur constitutionnelle héréditaire, elle peut elle-même être soit sthénique et hypercatabolique, soit hyposthénique et hypo-anabolique, soit encore à contexte neurovégétatif. Mais dans aucune de ces variétés on ne trouve d'atteinte endocrinienne. A la limite de la pathologie, les maigreurs constitutionnelles ne peuvent être détachées, selon J. DECOURT, de leurs divers aspects qui sont à la fois morphologiques, neurologiques, endocriniens aussi, et même psychologiques, le tout pouvant être centré sur l'hypothalamus. Il s'agit en fait d'une incapacité, de la part du tissu adipeux, à fabriquer de la graisse et la théorie de la constitution cellulaire enzymatique pourrait expliquer ces maigreurs en apparence sine materia.

Un aspect particulier des maigreurs constitutionnelles concerne les maigreurs infantiles : ce sont des états caractérisés par un poids de 15 % inférieur au poids moyen donné comme normal, pour une taille définie, par les statistiques de l'hygiène scolaire (P. GIRAUD). Les maigreurs physiologiques chez l'enfant sont souvent héréditaires, elles s'accompagnent d'un bon état général, mais elles témoignent d'un déséquilibre permanent dont le primum movens est infundibulaire. Chez l'enfant, on trouve des maigreurs pathologiques congénitales, par débilité, malformations, encéphalopathies, anorexie, des maigreurs métaboliques aussi ; et des maigreurs acquises par malnutrition exogène,

toxi-infections, infections ORL, troubles digestifs chroniques, maladie coeliaque, méningo-encéphalite tuberculeuse, etc... On trouve aussi chez l'enfant des maigreurs nerveuses, psychogènes, apparentées à l'anorexie. A l'hôpital, sur 10.000 enfants hospitalisés, GIRAUD trouve 971 cas de maigreur soit 10 % ; en clientèle, sur 2.000 dossiers, 102 seulement concernent des maigreurs. Dans le matériel clinique hospitalier, les causes de maigreur infantile sont dans les formes congénitales, la prématuration, dans les formes acquises, la malnutrition exogène, qui représente 66 % des cas. En clientèle, la maigreur infantile a pour cause surtout les anorexies constitutionnelles et les malnutritions dans la première enfance, les maigreurs constitutionnelles et les insuffisances hépatiques dans la deuxième enfance.

- IV -

MAIGREURS NERVEUSES ET NEUROPITUITAIRES

-:-

Il s'agit cette fois de maigreurs qui sont conditionnées par un dysfonctionnement des centres nerveux qui règlent les conduites alimentaires.

VAGUE et BERNARD indiquent que dans les deux sexes on trouve avec une certaine fréquence des cas de maigreurs anciennes, que l'on traite généralement, à tort, pour gastro-entéroptose, dyskinésie biliaire, colite, appendicite chronique, insuffisance hépatique, colibacillose, intolérance ou allergie digestive ; ils sont soumis, d'eux-mêmes, ou par prescription médicale, à un régime carencé. En réalité, à l'origine il existe des troubles réflexes des centres hypothalamiques de la faim et de la capacité digestive. Il s'institue chez eux un véritable cercle vicieux entre la maigreur et les troubles digestifs. La seule reprise de poids, assurée par l'hospitalisation et le reconditionnement des centres nerveux atteints, guérit le malade.

VAGUE pense que trois formes de maigreurs peuvent être considérées comme "nerveuses", parce qu'à leur origine prédomine un mécanisme nerveux, évident, ou plus ou moins caché. Ce sont d'abord les maigreurs des affections neurologiques et psychiatriques graves.

Toutes les affections neurologiques progressives, et même les démences, aboutissent souvent à la cachexie; contingente d'ailleurs, puisqu'elle peut être remplacée par l'obésité. Comme la maladie causale, ce type de maigreur est irréversible. Certains cas ont pu être surmontés par le gavage.

Ce sont ensuite les maigreurs nerveuses ou neuropituitaires des jeunes filles, les anorexies mentales, accompagnées d'aménorrhée avec anovulation hypo ou anœstrogénique. L'élimination de la FSH est normale. L'arrêt de l'activité génitale est entretenu, maintenu par l'anorexie, mais n'en est pas la cause, car l'aménorrhée précède généralement l'amaigrissement. L'origine hypothalamique est ici certaine mais les troubles peuvent bien s'étendre aux récepteurs périphériques soumis à l'inhibition d'origine nerveuse. Des facteurs psychiques sont généralement découverts à l'origine du syndrome, éléments d'hostilité, d'inadaptation, d'immaturation, de refus de la lutte vitale, de délectation morose de l'échec. Mais après guérison de l'anorexie mentale, la jeune malade reste fragile dans l'homéostasie du poids qui souvent va retomber au-dessous de la moyenne, dans le comportement social, familial, dans les fonctions génitales. Certains cas sont dominés par un tableau surtout digestif, alors que les troubles caractériels et génitaux restent à l'arrière-plan. On arrive alors à admettre comme primitive une fragilité (souvent héréditaire) des noyaux hypothalamiques régulateurs de la faim et de la capacité digestive; fragilité encore des noyaux qui commandent les synergies hypophyso-génitales, et enfin

des structures nerveuses responsables de la régulation du comportement et du caractère. Il faut donc une fragilité latente des centres végétatifs pour que des conflits entraînent l'amaigrissement, l'anorexie et l'aménorrhée ; une fois amorcé, le syndrome s'entretient de lui-même. L'homéostasie étant rompue, le conditionnement pervers des centres de la faim s'effectue automatiquement, l'habitude de manger se perd, ainsi que l'automatisme des fonctions digestives. La carence ainsi provoquée entraîne l'amaigrissement, accentue le déséquilibre, augmente l'insuffisance génitale, peut donner lieu à l'insuffisance hypophysaire secondaire, à l'insuffisance surrénale, toutes manifestations que J. DECOURT juge réversibles sous l'action de la reprise pondérale. Mais même après rétablissement, la fragilité des centres neurovégétatifs persiste.

Ce sont enfin les maigreurs nerveuses, plus complexes, frappant aussi bien les femmes âgées que les hommes et les enfants, et non plus sélectivement la jeune fille, et dont l'expression est souvent surtout digestive. C'est pourquoi nous les verrons plus loin, VAGUE les situant dans les formes nerveuses parce que les anomalies caractérielles y sont fréquentes, chez le malade mais aussi dans sa famille, de même que les altérations électro-encéphalographiques.

## MAIGREURS ENDOCRINIENNES

--

En réalité, il ne s'agit pas de maigreurs endocriniennes, mais davantage du retentissement endocrinien des maigreurs névropathiques (J. DECOURT). Pour parler de maigreur nerveuse, il faudrait que la chute pondérale soit surtout secondaire à des lésions anatomiques du système nerveux.

L'hypothalamus possède trois fonctions de régulation, à la fois psychique, végétative et métabolique. Des maigreurs peuvent provenir d'une oligophagie avec comportement alimentaire psychonévrotique. Dans l'anorexie mentale, l'élément endocrinien majeur est l'aménorrhée, soit la première en date, soit au contraire tardive. Il y a carence ovarienne apparente sur les frottis vaginaux atrophiques, l'absence de prégnandiols. Dans ces maigreurs de l'anorexie mentale, on trouve trois types d'insuffisance ovarienne :

- aménorrhée pure, avec FSH normale ;
- aménorrhée hypothalamique, avec FSH diminuée ;
- avec désordre hypothalamo-hypophysaire, peut-être hypopituitarisme fonctionnel avec insuffisance des récepteurs périphériques.

On a également noté des cas d'insuffisance hypophysaire isolée, d'hypercorticisme, de la thyroïde.

Dans la maigreur du post-partum, le facteur endocrinien existe, mais non à l'état pur. On voit à la suite de l'accouchement, s'installer une perte pondérale de quatre à huit kilogrammes, aboutissant à un état de maigreur asthénique, fonte des masses musculaires et graisseuses, atrophie mammaire, et très fréquemment symptomatologie digestive : anorexie, ballonnement, constipation, tandis que des signes psychiques apparaissent, de la série névrose d'angoisse. Mais le tableau biologique reste normal. Parfois cet amaigrissement réapparaît à chaque accouchement. Le seul signe anormal est une accentuation de l'hypoglycémie insulinaire. Ici encore, le seul traitement est l'isolement en milieu hospitalier. Naturellement, les causes organiques ou fonctionnelles en particulier oestrogéno-lutéinique sont à éliminer. Il n'est pas rare d'observer dans ces amaigrissements du post-partum des troubles de la sécrétion des stimulines hypophysaires (troubles fonctionnels que l'on trouve fréquemment dans le post-partum non pathologique). Ce type de maigreur du post-partum diffère donc, du point de vue endocrinien, de l'anorexie mentale de la jeune fille.

- VI -

MAIGREURS DIGESTIVES

--

Elles sont classiques, bien connues, et peut-être en définitive assez rares. La maigreur par ptose, plus exactement par étirement gastrique, est la mieux précisée.

Dans certaines maigreurs dites nerveuses, la symptomatologie digestive est prédominante ; passé gastro-entérologique plus ou moins ancien, anorexie "voilée sous des expressions diverses d'intolérance alimentaire" (VAGUE), saturation rapide, mais aussi fringales, caprices culinaires, entraînant des régimes sévères qui ne font qu'aggraver la situation.

D'ailleurs, objectivement, on trouve des troubles du tonus, du péristaltisme, des sécrétions digestives. Les examens digestifs sont souvent négatifs, les quelques anomalies trouvées sont à tort rendues responsables du tableau clinique d'amaigrissement, alors qu'elles en sont la conséquence. Nous pensons en particulier à la gastro-entéropose, trop souvent traitée sur le plan symptomatique par des ceintures qui l'aggravent encore. On trouve également des cas de dyskinésies biliaires, hypochlorhydrie, gastrite inflammatoire ou atrophique ; certains malades sont appendicectomisés - sans résultats - d'autres même gastrectomisés pour

un ulcère qui n'existait pas, cela au moment où la gastrectomie était à l'honneur. En même temps, on trouve des troubles génitaux, aménorrhée du type hypothalamique, anaphrodisie.

Les hommes n'échappent ni à la maigreur nerveuse à expression digestive, ni aux troubles génitaux associés. Le syndrome hormonal est banal : baisse des 17 céto-stéroïdes et des 17, 21-hydroxystéroïdes, réponses subnormales, faibles au test de Thorn, glycémie à jeun un peu basse, hypoglycémie provoquée par l'insuline marquée ; métabolisme basal normal ou abaissé de 10 à 20 %, courbe de fixation thyroïdienne de l'iodé radio-actif et protidémie normales ; lipémie peu élevée par le repas gras ; légère anémie isochrome, tendance à la lymphocytose et à l'éosinophilie de la formule blanche. Le traitement corrige toutes ces anomalies.

Certaines maigreurs sont directement en rapport avec une cause digestive : gastrectomie pour ulcère, mais ici, comme pour la gastropiose, il s'agit plutôt de l'aggravation des conditions déterminant la maigreur, que d'une cause directe de celle-ci. En effet, les maigreurs gastropives ressemblent beaucoup aux maigreurs dites nerveuses.

RECORDIER cependant isole des maigreurs typiquement digestives par :

- carence d'apport (et ici nous placerons les maigreurs de famine),
- carence de digestion, biliaire et pancréatique,

- carence d'absorption,
- maigreur par hyperexcrétion.

Mais ces facteurs vont s'intriquer dans les quatre grands syndromes digestifs d'amai-grissement ou de maigreur :

- les gastrectomies, où la maigreur est soit isolée, soit située dans un syndrome caren-tiel complexe,
- les maigreurs pancréatiques,
- les syndromes de mauvaise absorption in-testinale,
- les maigreurs des cirrhoses qui sont dé-terminées par des troubles métaboliques, mais aussi par des troubles de la digestion des lipides par anomalie de la composition biliaire ou par lésions de la muqueuse intestinale.

L'accélération du transit, le dumping syn-drome des gastrectomisés, ne doivent pas être omis. Pour J. DECOURT il existe un facteur digestif dans la physiopathologie des maigreurs (et aussi des obésités).

Pour VAGUE, les maigreurs gastroprives pro-viennent :

- 1° de conditions sociales défavorables à la réadaptation digestive et anabolique ;
- 2° de dystrophies associées, de troubles digestifs, surtout entéro-biliaires, asso-ciés mais antérieurs à la gastrectomie et indépendants de l'ulcère ; aussi l'interven-tion donne-t-elle ses meilleurs résultats dans l'ulcère pur sans troubles entérobiliai-

res ni dystonie végétative importante. Le pronostic nutritionnel de la gastrectomie résiderait non pas dans l'état antérieur de l'estomac, mais dans l'état antérieur des autres segments digestifs et du système neuroendocrinien qui les commande.

Quant aux maigreur de famine, elles peuvent être psychogènes, provenir de jeûne volontaire. Dans le cas des déportés, la maigreur ou mieux la cachexie s'installe en trois mois pour une ration inférieure au tiers de la normale ; à partir de ce moment, l'évolution en est rapide, avec peau sèche, os malades, troubles des phanères, adynamie, douleurs osseuses (ostéopathies de famine), aménorrhée, bradycardie, catabolisme protidique, oedèmes, déshydratation extracellulaire et plasmatique, carence hydrocarbonée se manifestant par des accidents hypoglycémiques au moindre effort, la carence calcique entraîne l'ostéoporose et l'ostéomalacie, alors que la calcémie se maintient. Les glandes endocrines sont les victimes de cet état, avec atteinte surtout importante des hormones polypeptiques. La cachexie est réversible tant que le poids n'a pas perdu 30 % de sa valeur initiale, elle est irréversible avec une perte de 45 %. Mais ces malades sont menacés de complications qui modifient la situation, et de séquelles nerveuses, de tuberculose, de sénescence prématurée, d'asthénie testiculaire irréversible, enfin des perturbations durables de la régulation pondérale sont vues chez ces malades, réalisant une véritable "dyspondérose" (GILBERT -DREYFUS).

- VII -

MAIGREURS MEDICALES

-:-

Nous serons bref sur ce chapitre ; il est bien évident que la plupart des affections sont susceptibles d'entraîner un amaigrissement pour peu que la prise et l'utilisation des aliments soient compromises : aussi bien par des lésions entraînant la dysphagie, que par des états pathologiques jalonnant les voies digestives et s'opposant à la bonne assimilation des aliments ingérés dans des conditions normales. Le trouble peut d'ailleurs se situer plus loin dans la série des transformations et utilisations des substances nutritives.

Mais il peut s'agir aussi d'une erreur : régime prescrit à tort, et surtout trop prolongé. Combien de malades ayant été soumis à des mesures diététiques fort justifiées, les prolongent indéfiniment (par exemple la suppression du sel, dont il faut toujours souligner les risques si elle se prolonge) ; de même certaines interventions chirurgicales abdominales peuvent avoir pour résultat une diminution de la capacité digestive, voire vitale. Le malade se charge d'ailleurs souvent d'aggraver sa dénutrition en appliquant des restrictions, ce qui entraîne alors la constitution d'un véritable cercle vicieux : dénutrition, anorexie, dénutrition, avec également intervention de facteurs psychiques,

créant des états psychosomatiques évoluant vers l'aggravation. Naturellement, certaines affections qui s'accompagnent de maigreur comportent des explications étiologiques rationnelles. Citons l'exemple de la maigreur des tuberculeux pulmonaires, chez qui les troubles dyspeptiques sont fréquents: gastrite, ulcère, peut-être même gastrite tuberculeuse, donnent une symptomatologie de dyspepsie, d'hyposthénie, d'hypo-orexie, de brûlures et nausées, de crampes tardives, de diarrhée, alors même qu'il n'existe pas de tuberculose intestinale. Dans l'ensemble les explorations radiologiques des voies digestives sont normales. Selon des statistiques que nous avons pu consulter, il semble cependant que les tuberculeux pulmonaires présentent dans la moitié des cas une gastrite histologiquement établie, une diminution ou une suppression de la chlorhydrie. Les troubles de la nutrition sont consécutifs à l'infection tuberculeuse, et précipitent sans doute la déchéance du malade. Il faut aussi compter avec la déglutition des crachats, plus les lésions tuberculeuses sont anciennes, évolutives, bacillifères et plus intenses sont les lésions de la muqueuse digestive.

- VIII -

TRAITEMENT

--

Il est bien évident que chaque fois qu'une cause organique ou fonctionnelle peut être mise en évidence à l'origine de la maigreur, c'est contre cette cause que devra se diriger le traitement. Cependant, nous allons le voir, les perturbations constatées dans la maigreur sont beaucoup plus souvent secondaires que primitives, et comme l'élément de conditionnement de la faim et de la capacité digestive paraît toujours comporter un facteur neurologique, c'est en définitive le plus souvent dans l'hospitalisation et l'isolement que l'on obtiendra la reprise pondérale qui entraînera à son tour la disparition des phénomènes pathologiques observés.

Nombreux sont cependant les traitements proposés pour lutter contre la maigreur.

La diététique d'abord : mais il faut distinguer les maigreurs par sous-alimentation, avec sous-alimentation par lésions organiques ou états dyspeptiques, enfin sans sous-alimentation et alors on peut se demander comment un régime normal entretient la maigreur. En réalité, pour chaque cas particulier il faut établir un bilan, fixant la suralimentation nécessaire tant quantitative-ment que qualitativement. Pour TREMOLIERES,

un maigre réclame plus d'azote que normalement pour reprendre du poids. La reprise pondérale corrigera les troubles. Mais il faut aussi redonner au malade une notion saine de l'image du corps, d'où nécessité d'une psychothérapie.

On revient alors à la notion de maigreur "nerveuse", alors même que l'expression en est endocrinienne ou digestive.

Il faut donc, par la diététique, assurer une quantité calorique et protéique assimilable, supérieure non pas aux besoins théoriques de la moyenne des sujets, mais aux besoins du malade que l'on traite ; valeur très variable d'un cas à l'autre, mais qu'on saura fixer par la comparaison de l'ingestion, des éliminations et du poids.

Il n'y a donc pas un, mais des traitements de la maigreur, des maigreurs, devrions-nous dire. Les expériences de PASSEMONT ont montré que le sujet maigre ne prend du poids que pour les deux tiers de la ration ingérée. Le coût calorique d'un kilogramme de poids corporel est de 6.000 calories pour un sujet normal, de 2.500 calories pour un obèse et de 9.000 calories pour un sujet maigre.

Dans tous les cas, le reconditionnement des centres de la faim et de la capacité digestive est le but essentiel du traitement de la maigreur, par isolement et persuasion autoritaire, rééducation à prolonger par une longue surveillance avec pesée quotidienne. Le sujet adapte son ingestion calorique aux exigences de son poids, le supplément calorique protéique pouvant être assuré par la prise de lait concentré sucré non délayé .

Ce reconditionnement peut s'aider de sédatifs nervins, barbituriques, chlorpromazine, de substances augmentant l'appétit, réserpine, isoniazide, d'hormones favorisant la reprise pondérale, insuline, Delta-cortisone, androstanole chez la femme, testostérone chez l'homme, ferments digestifs enfin.

ALBEAUX-FERNET dit avoir obtenu des résultats encourageants sur la courbe de poids de sujets maigres avec l'administration de di-propionate de méthylandrosthédiol par voie perlinguale, à la dose de 100 mg par jour, ou en suspension micro-cristalline, 25 mg tous les quinze jours. On a obtenu une augmentation de la sérum-albumine sans rétention azotée franche sur le plan urinaire.

DURLACH a traité dix cas de maigreur constitutionnelle par la réserpine, 750 gammas pendant plusieurs semaines. L'augmentation pondérale a toujours été obtenue, avec retour à un poids moyen normal dans cinq cas. Le médicament semble agir en abaissant le tonus sympathique et en stimulant les centres diencéphaliques de l'appétit.

J. DECOURT n'a jamais eu à prescrire de traitements adjuvants, hormonaux ou autres, et cet auteur s'en tient à sa technique d'isolement pur et simple. L'abstention thérapeutique médicamenteuse lui semble justifiée dans tous les cas.

- IX -

CONCLUSIONS

--

I.- L'état de maigreur, défini d'après une insuffisance pondérale par rapport aux moyennes, compte tenu de la taille, connaît des étiologies fort diverses, mais dont l'intrication rend la classification difficile.

II.- Déséquilibre entre les ingesta, les excreta et la courbe pondérale, la maigreur peut cependant être constitutionnelle, congénitale, familiale et héréditaire. Plus souvent elle frappe des sujets qui par ailleurs présentent des manifestations pathologiques. Aussi, selon la prédominance et sans doute la responsabilité de celles-ci, a-t-on parlé de maigreurs nerveuses et neuropituitaires, de maigreurs endocrinien-nes (difficiles à séparer des précédentes), de maigreurs digestives, plus secondaires que primitives, de maigreurs médicales enfin.

III.- Si le traitement diététique semble utile, si le traitement médical paraît s'imposer lorsqu'un trouble organique ou fonctionnel est constaté, en réalité tout se résume à une rééducation des centres de la faim et de la capacité digestive, ce qui semble être obtenu surtout par l'isolement du sujet hospitalisé. Car c'est un fait

d'observation courante que la maigreur, qui semblait provoquée par certains syndromes somatiques, en réalité cède la première, entraînant secondairement la disparition de ceux-ci.

-:-

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Vu :                 | Vu :             |
| Le Président :       | Le Doyen :       |
| signé : L. de GENNES | signé : L. BINET |

Vu et Permis d'Imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris  
signé : Jean SARRAILH

- X -

BIBLIOGRAPHIE

--

ALBEAUX-FERNET, J. ROBERT, J. BERTON

Quelques cas de maigreurs traités par  
le dipropionate de méthyl-androsténé-  
diol

Soc.Endocrinol. 29 mai 1952

P. BATTESTI, Y. CARCASSONNE

Maigreurs lipodystrophiques  
Colloque Physiopathol. Maigreurs  
Marseille 10 mai 1958

J.L. CODACCIONI, R. PACHE

Maigreurs nerveuses  
Ibid.

L. CORNIL, M. SCHACHTER, J. VAGUE

Les maigreurs  
8° Masson éd. Paris 1945

J. DECOURT

Le retentissement endocrinien des  
maigreurs névropathiques  
Colloque Physiopathol. Maigreurs  
Marseille 10 mai 1958

L. de GENNES, H. BRICAIRE, J.L. de GENNES

Régulation hormonale de la faim et  
de la capacité digestive  
Ibid.

DEMOLE

Diététique des états de maigreur.  
Ses bases biologiques, sa réalisation  
Colloque Physiopathol. Maigreurs  
Marseille 10 mai 1958

J. DURLACH

Sur le traitement de la maigreur par  
la réserpine  
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 17 fév.  
1956

GILBERT-DREYFUS, H. MAMOU

Cachexie cérébro-hypophysaire d'ori-  
gine fonctionnelle et à évolution mor-  
telle sans altération histologique à  
l'autopsie  
Annales Endocrinol. VIII pages 540-  
555 1947

GILBERT-DREYFUS

Maigreurs de famine. Etude clinique  
et biologique  
Colloque Physiopathol. Maigreurs  
Marseille 10 mai 1958

G. GIRAUD, A. LEVY

Maigreurs endocriniennes  
Ibid.

P. GIRAUD, R. BERNARD, A. ORSINI, P. MAESTRAGGI  
P. LOUCHET

Maigreurs infantiles. Etude clinique  
et biologique  
Ibid.

P. GUINET

Maigreurs du post-partum. Etude cli-  
nique et biologique  
Ibid.

L. JUSTIN-BESANÇON, M. LAMOTTE, S. LAMOTTE-BARILLON, A. BOURGUIGNON

Fractionnement du poids corporel dans les maigreurs

Ibid.

G. MARANON

Contexte psychologique des maigreurs

Ibid.

I. PAVEL, D. SDROBICI

La maigreur d'origine médicale

Ibid.

M. RECORDIER, H. MONGES, A. BERNARD, G. JOUVE, M. LEGRE

Maigreurs digestives : étude clinique et biologique

Ibid.

A. SOULAIRAC

Régulation nerveuse de la faim et de la capacité digestive

Ibid.

F. TRONCHETTI

Maigreurs constitutionnelles. Etude clinique et biologique

Ibid.

J. VAGUE, A. BERNARD, G. FAVIER

Les maigreurs gastroprives

Sud.Méd.Chir. LXXXVII pages 318Q-3203 1954

J. VAGUE

Note sur les facteurs étiologiques des maigreurs gastroprives

Soc.Gastro-Entérol.Littoral Médit.  
2 mai 1954

J. VAGUE, H. BONNEAU, M. LEGRE

La muqueuse gastrique des tuberculeux pulmonaires

Presse Méd. LXIII pages 112-113

29 janv. 1955

J. VAGUE

Le traitement des maigreurs neuro-pituitaires

Sud.Méd.Chir. LXXXIX pages 4536-

4539 1956

J. VAGUE, A. BERNARD

Les aspects digestifs des maigreurs nerveuses et neuropituitaires

Soc.Gastro-Entérol.Litt.Méd. 24 fév. 1957

J. VAGUE, G. FAVIER, J.L. TORRESANI

Maigreur nerveuse chez le frère et la soeur

Ann.Endocrinol. XVIII pages 393-397 1957

J. VAGUE

La notion de maigreur nerveuse doit-elle être restreinte ou étendue ?

Presse Méd. LXVI pages 659-661 16 avril 1958

J. VAGUE, J. COULOMB, G. GODEFROY

Le traitement des maigreurs

Colloque Physiopathol. Maigreurs 10 mai 1958 Marseille

TABLE DES MATIERES

-:-

|                                                        | Pages |
|--------------------------------------------------------|-------|
| I.- Introduction .....                                 | 13    |
| II.- Physiopathologie de la<br>maigreur .....          | 18    |
| III.- Maigreurs constitutionnelles .....               | 27    |
| IV.- Maigreurs nerveuses et<br>neuro-pituitaires ..... | 30    |
| V.- Maigreurs endocriniennes .....                     | 33    |
| VI.- Maigreurs digestives .....                        | 35    |
| VII.- Maigreurs médicales .....                        | 39    |
| VIII.- Traitement .....                                | 41    |
| IX.- Conclusions .....                                 | 44    |
| X.- Bibliographie .....                                | 46    |

-:-

## SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--





